THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Mars 1873

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

PAR

Paul VERNIAL

DOCTEUR EN MÉDECINE

Ancien élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Strasbourg,
Aide-major stagiaire au Val-de-Grâce.

PARIS

A. DERENNE

25, RUE SAINT-SÉVERIN, 25

1873

LIBRAIRIE
JACQUES LECHEVALIER
, Rue Racine, PARIS VI.

N° 107

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le 24 Mars 1873

PAR

Paul VERNIAL

Ancien élève de l'Ecole du Service de Santé Militaire de Strasbourg,
Aide-major stagiaire au Val-de-Grâce.

DU CANCER PRIMITIF DE LA VESSIE.

PARIS
A. DERENNE
25, Rue Saint-Séverin, 25.
1873

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen, M. WURTZ.

Professeurs.	**MM.**
Anatomie	SAPPEY.
Physiologie	BECLARD.
Physiologie médicale	GAVARRET.
Chimie organique et chimie minérale	WURTZ.
Histoire naturelle médicale	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales	CHAUFFARD.
Pathologie médicale	AXENFELD. HARDY.
Pathologie chirurgicale	DOLBEAU. TRÉLAT.
Anatomie pathologique	CHARCOT.
Histologie	ROBIN.
Opérations et appareils	LEFORT.
Pharmacologie	REGNAULD.
Thérapeutique et matière médicale	GUBLER.
Hygiène	BOUCHARDAT.
Médecine légale	TARDIEU.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveaux-nés	PAJOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LORAIN.
Pathologie comparée et expérimentale	VULPIAN.
Clinique médicale	BOUILLAUD. G. SÉE. LASEGUE. BEHIER.
Clinique chirurgicale	VERNEUIL. GOSSELIN. BROCA. RICHET.
Clinique d'accouchements	DEPAUL.

Professeurs honoraires.

MM. ANDRAL, le Baron J. CLOQUET, CRUVEILHIER, DUMAS et NÉLATON.

Agrégés en exercice.

MM. BAILLY.	MM. DAMASCHINO.	MM. GUENIOT.	MM. PAUL.
BALL.	DUBRUEIL.	ISAMBERT.	PÉRIER.
BLACHEZ.	DUPLAY.	LANNELONGUE.	PETER.
BOCQUILLON.	GARIEL.	LECORCHÉ.	POLAILLON.
BOUCHARD.	GAUTIER.	LEDENTU.	PROUST.
BROUARDEL.	GRIMAUX.	OLLIVIER.	TILLAUX.
CRUVEILHIER.			

Agrégés libres chargés de cours complémentaires.

Cours clinique des maladies de la peau	MM. *N...*
— des maladies des enfants	ROGER.
— des maladies mentales et nerveuses	*N...*
— d'ophtalmologie	TRELAT.
Chef des travaux anatomiques	Marc SÉE.

Examinateurs de la thèse.

MM. VERNEUIL, Président; VULPIAN, LECORCHÉ, LEDENTU.

M. LE FILLEUL, Secrétaire.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE — A MA MÈRE

Témoignage d'une profonde reconnaissance.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. CAMPENON

Interne des Hôpitaux de Paris.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR VERNEUIL

Professeur à la Faculté de Paris

Membre de l'Académie de Médecine

Chirurgien des Hôpitaux

Chevalier de la Légion d'Honneur.

INTRODUCTION.

Les cancers de la vessie ont été divisés en deux classes : les cancers secondaires, et les cancers primitifs.

Les premiers sont ceux qui atteignent ce viscère par propagation, par continuité de tissu : lorsque l'utérus, le prostate, le rectum, et, en un mot, tous les organes voisins sont atteints du cancer, la vessie peut subir secondairement la dégénérescence carcinomateuse.

Le cancer primitif se développe spontanément dans la vessie. Il a son point de départ dans ses parois même.

Nous avons eu l'occasion d'observer un cas de ce genre, l'année dernière, à l'Hôtel-Dieu. Il nous a été communiqué par l'Interne du service, M. Campenon ; et nous sommes heureux de pouvoir l'en remercier ici publiquement.

Comme il existe peu d'observations de cas de cancer primitif de la vessie, nous avons eu l'idée de faire sur ce sujet notre travail inaugural, en faisant une monographie aussi complète que nous le pourrons, de cette affection.

Nous laisserons complètement de côté les cancers secondaires.

Les cancers primitifs de la vessie sont assez rares pour que certains auteurs, tels que Sœmmering, aient nié même complètement leur exis-

tence. Sœmmering, dit, en effet, « je ne les ai jamais vus que coïncidant avec ceux de l'utérus ; jamais je ne les ai observés chez l'homme, à moins de regarder comme tels, avec M. Nauche, les ulcères, les excroissances, ou enfin l'épaississement de la vessie. » Howip en rapporte, cependant, un cas chez une femme dont l'utérus était sain. Lallemand les croyait également très-rares. Chopart et Desault n'en citent chacun qu'un cas, que nous avons tenu à reproduire. On peut donc considérer, au moins comme très-rare cette affection, lorsqu'elle débute par la vessie, et se localise dans ce viscère.

Nous suivrons, dans l'étude de cette question, l'ordre suivant :

1° Etiologie ;
2° Symptomatologie ;
3° Anatomie pathologique ;
4° Diagnostic ;
5° Marche et terminaisons ;
6° Traitement.

Et nous terminerons par les observations que nous avons pu recueillir sur ce sujet.

Toutefois, nous ferons précéder l'étude même du cancer primitif de la vessie, de quelques considérations générales sur le cancer en général, et de l'anatomie topographique de la vessie.

DU CANCER PRIMITIF

DE LA VESSIE.

CHAPITRE I.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES SUR LE CANCER.

Le Cancer a été défini par Velpeau :

« Une maladie chronique, se manifestant sous forme de tumeur, de « plaque, d'ulcère, de fongosité, qui, une fois établie, a pour carac- « tère de détruire l'organe qui en est le siége, de ronger tous les tis- « sus, qui, abandonnée à elle-même, ne rétrograde jamais, tend sans « cesse à se multiplier, à infecter l'économie, et qui finit constamment « par amener la mort. »

Le plan restreint de notre travail ne nous permet pas de rentrer avec détail dans les discussions sur la nature intime du cancer, qui s'élevèrent quelque temps après l'invention du microscope. Nous exposerons seulement les différentes opinions qui furent émises.

Pour Cruveilher, en 1827, le caractère essentiel de toutes les tu-

meurs cancéreuses était le suc cancéreux. M. Broca, également, dans son *Mémoire couronné par l'Académie de médecine,* dit : « toutes les fois qu'on n'obtiendra pas de suc lactescent, on n'aura pas affaire au cancer. »

En 1851, Lebert affirmait l'existence d'un élément spécifique, de la cellule cancéreuse. Follin admet aussi l'existence de cette cellule spécifique, lorsqu'il dit : « le cancer est un tissu morbide sans analogue dans l'économie, et constitué par des éléments corpusculaires qu'on ne rencontre ni dans les tissus normaux, ni dans les autres tissus pathologiques. »

Cette doctrine de l'hétéromorphisme fut bientôt battue en brèche par Virchow qui, en 1855, démontrait que cette cellule, à laquelle on avait voulu trouver un caractère spécifique, existe à l'état normal sur la muqueuse des uretères. Les autres micrographes se rangèrent bientôt à l'opinion de Virchow ; et la doctrine de l'hétéromorphisme fut dès lors remplacée par celle de l'hétérotopie et de l'hétérochronisme.

Dans l'étude du cancer, on établit plusieurs divisions. Mais si on se fonde sur les caractères fournis par l'examen à l'œil nu, dureté, mollesse et couleur, on établit quatre classes : 1° squirrhe ou cancer dur ; 2° encéphaloïde ou cancer mou ; 3° cancer épithélial ou cancer fragile ; 4° cancer mélanique ou noir.

Comme, dans le cancer primitif de la vessie, nous ne rencontrons jamais que l'encéphaloïde et quelquefois le squirrhe, nous ne décrirons que ces deux formes.

1° *Encéphaloïde.* — Le cancer encéphaloïde a une mollesse spéciale, rappelant celle de la substance cérébrale, dont il a également la couleur ; cette mollesse est due à la prédominance des cellules sur le tissu fibreux.

Si on fait une coupe dans cette tumeur, on voit qu'elle est riche en suc cancéreux. Ce suc est lactescent, blanc, épais, opaque. La trame est molle, peu épaisse, circonscrivant des cavités alvéolaires spacieuses.

Examiné au microscope, cette trame apparaît lâchement formée, et peu abondante ; les mailles qu'elle forme sont larges, quelquefois visibles à l'œil nu ; les cloisons qui les circonscrivent sont épaisses, et peu riches en tissu fibreux. Elles contiennent des noyaux volumineux, ou des cellules affectant diverses formes ; celles-ci sont fusiformes, sphériques, prismatiques, en raquettes, toutes disséminées sans ordre. Elles peuvent subir la dégénérescence graisseuse.

Les vaisseaux contenus dans la trame cancéreuse sont nombreux, d'autant plus abondants que le tissu conjonctif est plus rare ; et par conséquent, en rapport avec le dégré de ramollissement. Bérard avait nié l'existence des veines ; il n'y avait vu que des artères. Mais Lebert et M. Robin y ont très-bien démontré l'existence des veines ; seulement leur réseau est extrêmement varié. Cette riche vascularisation explique l'ulcération facile de l'encéphaloïde.

On n'a pu constater l'existence des nerfs. Mais, comme, dans cette forme de cancer, il existe presque toujours une douleur lancinante, je ne crois pas qu'on puisse nier l'existence d'éléments nerveux.

2° *Squirrhe.*— L'examen à l'œil nu nous montre la prédominance du tissu fibreux. Ce fait explique pourquoi la tumeur est très-dure, résistante au doigt. Elle est blanchâtre, semi-transparente, ou grisâtre. En faisant une coupe, et en râclant avec le dos d'un scapel, on obtient un suc laiteux, peu abondant en général, assez fluide, il est plus abondant dans les parties anciennes ou centrales. Ces dernières parties sont plus opaques, plus jaunes ; les cellules y subissent quel-

quefois la dégénérescence graisseuse. Les parties périphériques sont semi-transparentes ; elles se développent sous forme de bourgeons charnus, et de masses sphériques qui deviennent luisantes, humides à leur partie saillante, et qui finissent par s'ulcérer.

Le microscope montre des tractus de tissu conjonctif très-serrés, entrecroisés, formant une trame épaisse, et très-dense. Les alvéoles, constituées par ces tractus, contiennent des noyaux de très-petite dimension, mesurant de 6 à 8 millièmes de millimètres, ou des cellules rondes de 9 à 10 millièmes de millimètres; celles-ci peuvent être quelquefois plus volumineuses, et affecter diverses formes : Elles sont sphériques, coniques, en raquette, en fuseau; elles contiennent des noyaux pourvus de nucléoles.

Dans les tractus de tissu conjontif, circulent des vaisseaux capillaires : mais la circulation est bien moins abondante que dans l'encéphaloïde.

Ce qui, en somme, différencie le squirrhe de l'encéphaloïde, c'est la prédominance, chez l'un, du tissu fibreux ; tandis que dans l'encéphaloïde, l'élément cellulaire est très-abondant, et contenu dans une trame peu riche en tissu conjonctif.

ANATOMIE DE LA VESSIE.

La vessie est un organe asymétrique, situé sur la ligne médiane du corps, derrière le symphise pubienne, en avant du rectum, au-dessus de l'aponévrose pelvienne, et au-dessous du péritoine qui en recouvre une partie. Elle est mobile seulement dans son sens latéral. Elle est

fixée au plancher du bassin par son fond et son col ; à l'ombilic par l'ouraque ; à la symphise pubienne par les ligaments pubio-vésicaux.

Ses rapports varient suivant son état de vacuité ou de plénitude. Vide, elle est entièrement cachée derrière le pubis ; pleine, elle remonte plus ou moins haut dans le bassin, vers l'ombilic. Dans ce cas elle prend une forme ovoïde, dont la grosse extrémité regarde en arrière, et en bas, et le sommet en haut et en avant.

Elle est tapissée intérieurement par une membrane muqueuse, d'un rouge vif, et formant des plis nombreux. Ceux-ci, toutefois, n'existent pas dans le bas-fond. La muqueuse est d'une couleur blanchâtre, et semble être plus épaisse dans un espace triangulaire, qu'on appelle le trigône vésical. Celui-ci s'étend du col vers le fond de la vessie ; il est incliné ; l'angle antérieur correspond au col vésical, et les deux postérieurs aux deux uretères. Ceux-ci ne s'ouvrent pas directement dans la vessie ; arrivés au niveau de ses parois, ils rampent dans la muqueuse, dans une longueur de quelques millimètres, avant de s'ouvrir : Il en résulte une sorte de valvule constituée par des plis de cette muqueuse.

La muqueuse est quelquefois soulevée par des faisceaux musculaires sous-jacents, et d'autres fois, elle s'enfonce sous forme de diverticulum dans les mailles de ces fibres.

Au-dessous de la muqueuse, se trouve un plan musculaire formé de fibres lisses, qui sont, pour la plupart, dirigées de l'ouraque vers le col ; d'autres fibres, moins nombreuses, sont circulaires ; d'autres, obliques. Au niveau du trigône, elles sont transversales. A l'endroit où s'ouvrent les uretères, elles sont très-développées, et forment une petite saillie.

Les artères fournissent un réseau capillaire d'une extrême richesse ; elles proviennent de l'artère hypogastrique, et de ses branches.

Les veines sont très-nombreuses ; elles forment un plexus dont les branches se prolongent dans le bas-fond; et elles vont se jeter dans les veines hypogastriques ; ce plexus communique avec les plexus hémorrhoïdal et utérins.

Les nerfs proviennent du plexus hypogastrique et des branches antérieures des troisième et quatrième nerfs sacrés. La sensibilité de la vessie est obtuse, sauf au voisinage des uretères et de l'urèthre, où elle est très-vive.

Les lymphatiques sont nombreux au niveau du trigône ; ils se rendent aux ganglions.

Homme. Face antérieure. — Elle répond en bas à l'aponévrose du muscle obturateur interne ; elle est séparée du fascia transversalis par un tissu conjonctif lâche. Le péritoine ne la recouvre pas ; qnand la vessie est pleine. il est refoulé en haut ; quelquefois cependant, il forme un cul-de-sac entre la vessie et les parois abdominales.

Face postérieure. — Elle est tapissée par le péritoine. Celui-ci se réfléchit au niveau du bas-fonds, pour se porter sur le rectum, et former là un cul-de-sac, cul-de-sac inférieur ou vésico-rectal. Il s'y engage quelquefois des anses d'intestin, qui se trouvent ainsi superposées entre la vessie et le rectum. Ces deux organes ne sont donc jamais en contact : ils sont toujours séparés au moins par les deux feuillets péritonéaux.

Faces latérales. — Elles sont recouvertes par le péritoine, seulement dans leur moitié postérieure. Elles sont séparées du facia pelvia par le tissu conjonctif sous-péritonéal. En avant de ces deux faces, passent les cordons fibreux qui ne sont autre chose que les restes des artères ombilicales ; en arrière d'elles, se trouve le canal déférent.

Base. — Elle s'étend du col vésical au cul-de-sac vésico-rectal. Elle repose, en avant sur la base de la prostate, ce qui donne à la vessie une inclinaison de haut en bas et d'avant en arrière. Elle répond, en avant, aux vésicales séminales. En arrière, elle est en contact avec le rectum. Lorsque la vessie est vide, le péritoine descend jusqu'aux vésicules séminales, et tapisse son bas-fond. Lorsqu'elle est pleine, au contraire, le péritoine est refoulé de bas en haut, et la base de la vessie n'est plus séparée du rectum que par l'aponévrose prostato-péritonéale qui l'insère, par son bord inférieur, sur la face inférieure du cul-de-sac vésico-rectal.

Sommet. — Il n'a pas de rapports fixes. Ceux-ci varient, en effet, suivant que l'organe est plus ou moins distendu par l'urine. Il est attaché à l'ombilic par l'ouraque, vestige du pédicule allantoïde.

Femme. — La vessie a une capacité plus grande que chez l'homme : Elle se laisse distendre davantage. Elle descend moins bas dans le bassin ; aussi sa face postérieure est recouverte toute entière par le péritoine.

Les rapports de l'extrémité supérieure sont les mêmes. La partie inférieure est inclinée fortement de haut en bas, et d'arrière en avant, et aboutit à l'urèthre.

La vessie est en rapport avec une petite portion de l'extrémité inférieure de l'utérus. Plus bas, elle est en contact intime avec la paroi antérieure du vagin ; et leur adossement constitue la cloison vésico-vaginale.

CHAPITRE II.

ETIOLOGIE.

L'Etiologie du cancer de la vessie est difficile à établir. On ne peut, en effet, reconnaître le cancer qu'à une époque déjà assez avancée, ce qui empêche de rattacher son développement à quelque cause connue. Et, en tous cas, le début est toujours fort obscur.

Mais ce que les observations cliniques ont permis d'établir comme certain, c'est qu'il est plus fréquent chez les hommes que chez les femmes. Lebert établit cette statistique que : sur sept cas observés, six étaient chez des hommes, et un cas seulement chez une femme. Les cancers secondaires sont, au contraire, beaucoup plus fréquents chez les femmes. Cela se conçoit aisément, si l'on réfléchit que l'utérus est le siége fréquent de cette affection, qui, de là, se propage à la vessie.

On ne l'observe jamais avant un âge avancé, et rarement avant quarante ans. Nous empruntons encore à Lebert cette statistique : sur cinq cas qu'il cite, il a observé

2 cas de 40 à 45 ans.
1 — 45 à 50
1 — 55 à 60
1 — 75 à 80

On voit donc que cette affection est propre à la vieillesse.

Certains auteurs, et, entr'autres Philips et Civiale, ont établi que certaines tumeurs, d'origine bénigne, pouvaient devenir de nature cancéreuse. Civiale en cite plusieurs exemples dans son Traité sur les

maladies des voies urinaires. Les fongus, surtout, sont sujets à cette dégénérescence. Parmi les autres tumeurs dures, mamelonnées, tuberculeuses, les unes ont de la tendance à se ramollir, à suppurer, à se détruire et à prendre, en un mot, tous les caractères de la dégénérescence cancéreuse; d'autres, au contraire, arrivent à cet état-là sans ramollissement préalable. Ces faits s'observent surtout chez les hommes déjà atteints d'affections tuberculeuses, et qui semblent avoir ainsi une prédisposition particulière.

D'après Wirchow, les myomes, c'est-à-dire les tumeurs renfermant des éléments musculaires en quantité plus ou moins considérables, peuvent subir la dégénérescence cancéreuse, « pour peu qu'il se soit développé dans son tissu interstitiel des éléments hétérologues. » Il cite un cas de myome de la vessie dégénéré en une tumeur squirrheuse. « L'exemple le plus frappant que j'aie eu de ce genre, dit cet auteur, est une tumeur dure, squirrheuse de la vessie, située sur la paroi postérieure, dans la région de l'extrémité du trigône. La plus grande partie de la tumeur était dans le plan musculeux qui était lui-même en partie atteint. »

La prédisposition aux affections cancéreuses de la vessie se montre aussi chez les individus atteints de la pierre. Les observations que nous avons pu recueillir sur ce sujet et dont nous reproduisons quelques-unes, nous montrent, en effet, que la plupart des malades entraient à l'hôpital d'abord pour cette affection, et que ce n'est que plus tard qu'on reconnaissait les premiers symptômes du cancer.

SYMPTOMATOLOGIE.

On a rarement l'occasion d'observer des cancers de la vessie, au début même de l'affection. Ceux-ci peuvent, en effet, passer complè-

tement inaperçus, ou être méconnus au moins dans leur nature intime. Ce n'est que plus tard, quand déjà le mal a fait des progrès, et détruit une partie des parois vésicales, que les symptômes se manifestent et viennent inquiéter le malade.

Alors on observe de la douleur dans la région hypogastrique. Ces douleurs sont spontanées, lancinantes, suivant quelques auteurs; suivant d'autres, elles n'ont jamais ce caractère; elles s'irradient vers les testicules.

Il y a un besoin fréquent d'uriner. La miction est involontaire, lorsque le col ne forme plus sphincter; et ce cas se présente lorsque le col est atteint par la matière cancéreuse, et que le cancer est ulcéré. Dans d'autres cas, au contraire, la rétention d'urine est presque complète; si, en effet, les parois de la vessie sont épaissies, celle-ci ne peut plus se contracter, et l'urine séjourne dans son réservoir. De même, si le col de la vessie est atteint, celui-ci la maintient constamment fermée, par suite d'une contracture spasmodique. De là la nécessité du cathétérisme fréquent, et même de la sonde en permanence. En tous cas, l'émission des urines est accompagnée de douleur. « Lorsque la diminution de la capacité de la vessie coexiste avec l'accroissement de sa contractilité et l'épaississement de ses parois, si le mal a fait de grands progrès, les souffrances offrent le tableau le plus attristant. On voit alors le malade se livrer, tous les quart d'heure et souvent à des intervalles plus rapprochés, à des efforts déchirants pour rendre quelques gouttes d'urine. Ces efforts diffèrent de ceux qu'on observe chez certains calculeux, et chez les femmes en couches, dont les douleurs sont généralement proportionnées aux contractions de l'organe. Chez les cancéreux, les angoisses sont plus fortes et plus prolongées que ne le comporte la violence des efforts. Les contractions de la vessie ont quelque chose de morbide. — Civiale ».

Si la tumeur n'est pas encore ulcérée, les urines sont à peu près normales, elles ne sont que faiblement chargées de pus et de mucosités. Si, au contraire, elle est en voie d'ulcération, il y a fréquemment des hématuries; il se forme, au fond du vase, des dépôts de couleur grisâtre, brunâtre. L'urine a, de plus, une odeur fétide, presque caractéristique, et que Civiale a appelée *cadavéreuse*. Mais ce phénomène ne s'observe que lorsque la maladie est déjà très-avancée, puisqu'elle suppose que la tumeur est complètement ulcérée.

La miction peut encore être rendue difficile, quand des fongosités s'engagent dans le méat urinaire, et ferment ainsi le canal de l'urèthre.

Un symptôme dont, pendant longtemps, on a fait grand cas, et qui, cependant, ne mérite pas grande confiance, est la sortie par l'urèthre d'une matière de nature spéciale, cérébriforme, et à laquelle on a donné le nom de *Chair pourrie*. Il est très-rare, en effet, d'observer ce fait, et quand même on l'observerait, il ne prouverait encore rien, car il est commun à d'autres tumeurs, et entr'autres au fongus.

Par la palpation, on sent à l'hypogastre, au-dessus du pubis, une tumeur arrondie, douloureuse à la pression, et dont le volume ne diminue pas après l'émission des urines. Elle est inégale, bosselée et non mobile.

Lorsqu'on introduit la sonde dans la vessie, on sent que cet organe est diminué de capacité, qu'il est inégal, inextensible, que sa surface est mamelonnée; ses parois sont épaissies. L'introduction de la sonde produit presque toujours de l'hématurie. En la retirant, on observe quelquefois qu'elle a entraîné des parcelles de matière qui ne sont autre chose que des cellules cancéreuses. Si on examine celles-ci au microscope, on est dès lors fixé sur la nature de la maladie. Un fait,

qui n'a pas toujours été constaté, mais qui a une grande importance au point de vue du diagnostic, est que des sondes d'argent introduites dans un organe contenant de la matière cancéreuse, prennent une teinte noire.

Au lieu d'être fait avec une sonde ordinaire, le cathétérisme doit être fait avec une sonde coudée de Mercier. Celle-ci permet, en effet, de mieux reconnaître les bosselures, les inégalités des parois vésicales. Mais le cathéter ne doit pas avoir des yeux latéraux qui peuvent donner des fausses sensations. Si, cependant, on a besoin d'un œil pour faire des injections, celui-ci doit être sur la face antérieure du bec.

La sonde de Mercier doit être à bec court, et à pavillon long et droit. Si le bec était long, il arriverait, en effet, à la paroi supérieure de la vessie, qui a diminué de capacité, avant que l'autre extrémité de la courbure ait franchi le col : l'examen se trouverait dès lors très-difficile et très-douloureux.

On a eu le tort, croyons-nous, de ne pas employer suffisamment pour l'examen de la vessie, l'endoscope de Desormeaux. Nous ne donnerons pas ici la description de cet appareil. Nous nous contenterons de faire observer qu'au lieu du tube droit qu'employait Desormeaux, il vaudrait mieux se servir, ainsi que l'a conseillé M. Reliquet, de la sonde coudée de Mercier, en ayant soin d'établir une fenêtre fermée par un verre, à l'angle de la courbure. Il faut, préalablement faire des injections dans la vessie, afin de déterger ses surfaces. On peut alors très-bien apercevoir une tumeur, implantée sur les parois internes de la vessie, et présentant des bosselures. Quant à la nature même de cette tumeur, l'endoscope ne peut évidemment pas nous la faire connaître ; mais, en en détachant quelques parcelles à l'aide de

l'extrémité de la sonde, et en les plaçant sous le champ du microscope, on arrive d'une manière certaine à la connaissance de l'affection.

Bien que localisée dans la vessie, cette lésion donne tous les symptômes de la cachexie cancéreuse. La face a une teinte jaune pâle caractéristique. Le malade est atteint d'une émaciation excessive ; l'appétit est perdu. Il y a de la tendance aux congestions passives du côté des poumons, et de la gêne dans la respiration.

Toutefois une tumeur cancéreuse, même ulcérée, peut exister depuis longtemps dans la vessie, sans que la cachexie se soit montrée. Puis, tout à coup elle survient et atteint rapidement, dans un espace de quelques semaines, les dégrés extrêmes. L'émaciation, surtout, fait de rapides progrès.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

La forme la plus commune du cancer est l'encéphaloïde ou carcinôme médullaire. La forme squirrheuse a été observée quelquefois, mais plus rarement. Enfin on possède quelques rares exemples de cancers colloïdes ; mais dans ce cas, ils étaient des cancers secondaires.

En tous cas, le cancer se développe dans l'épaisseur même du tissu sous-muqueux. La muqueuse est enflammée, et le tissu musculaire hypertrophié. En faisant une coupe dans ce tissu, on voit la matière cancéreuse infiltrée dans les fibres musculaires qu'elle distend, et qui subissent peu à peu la dégénérescence carcinomateuse.

Les parois vésicales acquièrent une très-grande épaisseur, à tel point, qne la capacité de la vessie se trouve très-diminuée, et peut même être complétement oblitérée. Il en résulte très-souvent, par suite

de la formation de cette hyperplasie, une compression des uretères, qui se trouvent bouchés. Ils sont alors très-dilatés et peuvent acquérir le volume de l'intestin grêle. Cette dilatation amène l'inflammation de ces conduits, inflammation qui se propage aux bassinets et aux calices qui forment des poches volumineuses. Celles-ci sont alors remplies de pus, qui ne peut plus couler dans la vessie par suite précisément de l'oblitération des uretères due à l'épaississement des parois vésicales.

La tumeur cancéreuse siége surtout au bas-fond et à la paroi postérieure de la vessie. Dans l'ordre de fréquence, comme siége, viennent ensuite la face antérieure, et enfin le col sur lequel elle semble ne se montrer que secondairement. Cette région est très-rarement le point de départ de l'affection.

Le Cancer a de la tendance à former des champignons mamelonnés, plus ou moins volumineux, d'un brun foncé, friable, quelquefois ramollis à leur surface ; leur base, plus dure, est en général assez large. Ils acquièrent quelquefois de grandes dimensions, et alors la circulation peut n'avoir pas lieu dans toute l'étendue de cette masse, il en résulte une sorte de nécrose superficielle ; des parcelles se détachent, et sont alors entraînées par les urines à travers le canal de l'urèthre.

Les reins ne présentent pas toujours la même altération : tantôt ils sont congestionnés, et même enflammés. Il s'y forme des épanchements sanguins, mais sans dépôts secondaires. D'autres fois, ils sont anémiés. A la fin de la maladie, on trouve de l'albumine dans les urines.

La surface externe ou péritonéale de la vessie peut devenir secondairement le siége de dépôts cancéreux. Dans ce cas, elle est adhérente aux parois, et on ne peut la détacher sans déchirer la vessie.

DIAGNOSTIC.

Après ce que nous avons dit des symptômes du cancer, nous avons peu de chose à ajouter pour le diagnostic.

Il se basera sur l'existence d'une tumeur située au-dessus du pubis; tumeur qui ne diminue pas après l'émission des urines ; sur les troubles de la miction, et surtout sur la fétidité de l'urine. Celle-ci peut, en effet, prendre une odeur tout-à-fait caractéristique, l'odeur cadavéreuse de Civiale, qui ne se montre jamais dans aucune autre tumeur, même ulcérée, ni dans le catarrhe.

L'introduction d'une sonde d'argent peut éclairer le diagnostic ; s'il y a de la matière cancéreuse dans la vessie, la sonde deviendra noire. Ce caractère, il est vrai, s'observe quelquefois dans le catarrhe chronique : Mais ces deux affections ont trop de caractères différentiels pour qu'on puisse les confondre.

Le cathétérisme fera reconnaître une tumeur bosselée, qu'on pourrait confondre avec le fongus. Mais si, à l'extrémité de la sonde, on amène au-dehors une matière d'aspect pultacé, et qu'on le soumette à l'examen microscopique, le doute ne sera pas permis, car on aura reconnu dans cette matière les caractères du tissu cancéreux.

Enfin l'amaigrissement rapide du malade, et la teinte cachectique, confirment le diagnostic.

MARCHE ET TERMINAISONS.

La marche de l'affection est souvent insidieuse. Le cancer peut, en effet, rester longtemps à l'état latent ; il peut acquérir un grand développement, et occuper déjà une partie de la capacité de la vessie, sans avoir donné lieu à des symptômes suffisants pour révéler son exis-

tence. Certains auteurs admettent même qu'au début la tumeur était souvent de nature bénigne, et que ce n'est que plus tard qu'elle subit la dégénérescence carcinomateuse. Ce caractère de marche lente sert à différencier le cancer de la vessie de celui de l'utérus qui s'étend toujours rapidement, et peut amener en moins de quatre ans la mort de la malade.

Mais à partir de l'instant où le cancer s'ulcère, la marche de la maladie devient rapide. L'état général du malade qui avait été bon jusqu'à ce moment, et qui avait fait écarter pour ce motif, la pensée d'une affection cancéreuse, devient rapidement mauvais. La constitution s'altère ; le sujet perd ses forces, et l'état cachectique avec émaciation profonde ne tarde pas à se montrer.

Dès lors la terminaison est rapidement mortelle.

On peut la reculer peut-être pendant quelque temps, mais le malade est fatalement condamné. On peut pallier les effets de l'affection, mais jamais la guérir.

D'ailleurs des états intercurrents, et dépendant de l'affection primitive, peuvent amener la mort. Nous avons déjà signalé, comme cause fréquente de mort, les complications pulmonaires. Il y a, en effet, tendance aux congestions passives, et souvent il se déclare des pneumonies qui, dans le mauvais état général du malade, n'ont pas de chances de guérison.

Une autre cause de mort est l'urémie. Dans l'observation que nous avons recueillie à l'Hôtel-Dieu, et que nous publions, le malade semble avoir succombé à cette dernière affection. Rien, en dehors de cette cause, ne peut expliquer une mort aussi rapide.

En effet, l'urémie est une affection caractérisée par la présence dans le sang des matériaux de l'élimination urinaire, urée, acide urique,

urates, créatine, etc., chlorure de Sodium et autres sels minéraux. Elle est produite par toute cause tendant à restreindre le pouvoir éliminateur des deux reins ; de plus elle peut faire suite aux différentes cachexies. Elle peut se manifester sous plusieurs formes : celle qu'elle affecte le plus ordinairement est l'éclampsie ; mais en dehors de celle-ci dont il ne saurait être question chez notre malade, l'urémie prend très-souvent une forme convulsive, suivie de délire. Elle débute par de la céphalalgie, des troubles visuels, de l'apathie, de la somnolence ; d'autres fois, elle débute par une dyspnée subite que ne peut expliquer aucune lésion des organes thoraciques, et qui peut amener en quelques heures un coma rapidement mortel, par suite de l'insuffisance de l'hématose. Les prodromes ne font jamais défaut ; mais ils sont souvent si légers qu'ils passent inaperçus ou sont méconnus.

Ne trouvons-nous pas dans les différents organes de notre malade tous les caractères pathologiques capables d'engendrer cette affection. Les uretères étaient comprimés à leur orifice inférieur par l'épaisissement des parois de la vessie, la miction était à peu près impossible, et l'urine rendue était très peu abondante ; ce qui se comprend, car elle était accumulée dans les uretères dont elle ne pouvait s'accumuler, et que nous voyons très dilatés, et dans les calices dont la capacité est également augmentée. Dans ces conditions, il survient subitement des frissons, une oppression extrême, de la céphalalgie très-vive, du délire, puis du coma. Tous ces accidents, arrivés d'une manière très-brusque, et qu'aucune autre lésion ne pourrait expliquer, ne peuvent être attribués, croyons-nous, qu'à une des manifestations nombreuses de l'urémie. L'autopsie n'a pas, en effet, montré de pneumonie, qu'auraient pu faire soupçonner les quelques symptômes qu'a eus la malade, et qui seule, dans ce cas, aurait pu expliquer la mort.

Le docteur Vannebroucq a déjà signalé l'urémie, comme mode de

terminaison fréquent dans les cancers utérins. Dans la Gazette des Hôpitaux (1860), nous trouvons aussi un cas de cancer utérin, qui a déterminé des accidents urémiques. La malade ne présenta comme symptômes que du délire, avec gonflement de tout le membre inférieur; mais elle n'a eu ni convulsions, ni coma, ni paralysie. Les urines ne contenaient pas, cependant, d'albumine. Les accidents urémiques étaient dus évidemment dans ce cas à la compression des uretères, qui avait déterminé une rétention d'urine. De plus, il y avait hydronéphrose, connue dans le cas que nous rapportons.

Dans cette observation, comme dans celle que nous rapportons, le peu de phénomènes nerveux est dû à l'altération limitée des reins ; ce qui permettait, à ces organes, sans aucun doute, d'accomplir encore, quoiqu'imparfaitement, leurs fonctions. Nous savons, en effet, que la gravité des accidents est en rapport avec l'étendue et la profondeur des lésions.

TRAITEMENT.

Le traitement ne peut être que palliatif. On ne peut pas songer à espérer la cure d'une affection dont le caractère essentiel est de « s'étendre fatalement, sans jamais rétrograder. ».

Le point important est donc de soutenir les forces du malade. Les toniques, les amers, le fer sont indiqués, surtout quand la cachexie commence à se montrer.

En même temps qu'on emploie un traitement général, il faut agir localement. On doit chercher à calmer la douleur par l'usage des narcotiques. Il est bon de faire fréquemment dans la vessie des injections, dans le but de déterger sa surface interne, d'entraîner et

d'extraire soit des caillots sanguins, soit des masses de substance médullaire.

S'il y a rétention d'urine, on doit laisser une sonde en permanence. En évitant l'accumulation de l'urine dans la vessie, on épargne au malade d'abord des douleurs vives dues à la distention des parois de la vessie, puis des dangers inhérents à toute rétention d'urine.

S'il y avait obstacle à l'introduction de la sonde, par suite de la présence au col vésical de matières charnues qui le fermeraient, on déterminerait sa contracture, il faudrait alors se servir du dilatateur à poche de baudruche de Physick (de Philadelphie), ou mieux du dilatateur de Mercier. Cet instrument se compose de deux tiges aplaties et fixées l'une sur l'autre. L'une a la forme de la sonde bicoudée de ce même auteur, l'autre est droite et glisse sur la première au moyen d'une mortaise qui maintient ces deux branches appliquées l'une sur l'autre. La tige bicoudée, unie à la droite qui ne doit pas en ce moment dépasser le premier coude, est introduite de façon à mettre dans la vessie tout le bec, jusqu'au-delà de l'extrémité de la tige droite; on tourne le bec en bas. L'extrémité de la tige droite doit rester appliquée sur la base supérieure du col. La maintenant dans cette position, on attire au-dehors la branche coudée, qui presse ainsi la lèvre inférieure du col : il en résulte un angle dont le sommet regarde du côté de l'urèthre, et qui maintient ouvert le col vésical. Cette opération a, de plus, l'avantage de permettre des injections dans la vessie, dans le cas de contracture spasmodique du col vésical.

Toutefois le cathétérisme ne doit être pratiqué que dans le cas d'absolue nécessité et avec la plus grande réserve. Car cette opération a pour résultat de causer très-facilement des hémorrhagies, lorsque le cancer est ulcéré, hémorrhagies qui peuvent être très-difficiles à arrê-

ter, et qui affaiblissent toujours considérablement le malade. Dans ce dernier cas, il faudrait avoir recours au froid et aux injections astringentes.

OBSERVATION I. (1).

X..., 54 ans; entre à l'Hôtel-Dieu, le 20 septembre 1872, dans la salle Sainte-Anne, lit n° 15. D'une très-bonne santé antérieure, elle est malade depuis trois mois seulement; et depuis cette époque, elle a cessé de travailler. Elle éprouvait dans le bas-ventre, des douleurs qu'elle compare à celle de l'accouchement, et qui sont bientôt devenues lancinantes. Les douleurs sont fixes dans le bas-ventre, avec irradiation vers la vulve. Mais il n'y a pas de pesanteur dans les reins; pas de douleur dans les cuisses. Il y a constipation opiniâtre : Les selles sont très-douloureuses.

Depuis six ans, elle n'est plus réglée, et la ménopause s'est montrée, sans troubles menstruels. Les règles ont cessé brusquement, sans qu'il en soit résulté le moindre inconvénient. Pendant les six années qui se sont écoulées depuis cette époque, elle n'a pas éprouvé de troubles utérins.

La miction, qui était normale, est altérée depuis six semaines. Il y a incontinence presque complète d'urine. L'ammoniaque démontre la présence du pus dans l'urine du malade. Pas de vomissements. Amaigrissement assez prononcé.

L'examen physique donne les résultats suivants :

Le méat urinaire est rouge; la vulve est humide par suite de l'écoulement continue de l'urine. Odeur infecte. Par le palper, on trouve immédiatement en arrière du pubis une masse de forme triangulaire, paraissant occuper le bas-fond de la vessie, et dont le sommet est au niveau du col de l'utérus. Cette tumeur est assez dure, lisse, très-douloureuse à la pression.

L'urèthre est indemne. Pousse-t-on le doigt plus profondément, on

(1) Nous donnons le dessin exact des lésions que nous avons observées à l'examen nécroscopique.

trouve un vagin en forme d'entonnoir; les culs-de-sacs antérieur et postérieur ne sont plus appréciables. Mais au fond d'une dépression on sent au bout du doigt comme un petit tubercule saillant percé à son centre d'une ouverture. C'est le col, et son orifice. Le toucher rectal démontre, au niveau de la partie inférieure de l'utérus, une petite masse arrondie, non douloureuse à la pression.

Les choses restent dans cet état, jusqu'au 8 octobre, époque à laquelle la malade est prise *brusquement* de toux, d'oppression extrême, de délire; puis elle tombe dans un coma dont on ne peut plus la réveiller. A l'auscultation, on trouve de nombreux râles sous-crépitants disséminés, accompagnés de souffle intense sous la clavicule droite. Le pouls est insensible. Malgré l'administration d'un julep fortement stimulant, la malade succombe dans la journée.

Autopsie faite 24 heures après la mort. — En enlevant les intestins, on voit la partie supérieure de la vessie, qui était formée par des adhérences péritonéales la fixant à l'épiploon; en la déchirant, on peut voir la cavité vésicale très-petite, dont les parois sont recouvertes de masses fongueuses, bourgeonnantes.

La tumeur cancéreuse occupe surtout le bas-fond de la vessie et s'étend jusqu'au col qui est béant. L'urèthre est indemne. Les uretères apparaissent largement dilatés à leur partie inférieure surtout. Cette dilatation existe du reste sur toute l'étendue des uretères, et occupe également les bassinets et les calices qui forment des poches volumineuses, communiquant les unes avec les autres, et remplies d'un liquide purulent, analogue à celui qu'excrétait la malade, pendant les quelques jours qu'elle a passés à l'hôpital. D'après cela, il semblerait qu'il y a eu compression des uretères entre la face postérieure de la vessie, et le col utérin. Du reste, leur extrémité inférieure était comprise au milieu d'une masse cancéreuse qui s'étendait de la vessie au col utérin. Les reins sont très-anémiés, dilatés, et présentent la forme d'hydronéphrose.

L'utérus, en rétroversion, courbé sur la vessie, explique la sensation perçue par le toucher rectal. Sa coupe, faite sur un plan vertical, montre

qu'il est sain. On remarque seulement sur la lèvre antérieure du col, dans une épaisseur de 3 millimètres environ, un changement de couleur. Le tissu est plus foncé; mais il n'est pas induré, et ne présente pas à la coupe de suc cancéreux. D'ailleurs, de ce côté, la vessie était parfaitement close, et ses parois n'étaient pas détruites. Il n'y a donc là qu'une lésion de voisinage, mais certainement secondaire; et il n'y a pas d'adhérences entre ces deux viscères.

Quant à l'appareil pulmonaire, on ne trouve qu'une congestion intense du poumon droit, et limitée seulement au bord postérieur du poumon, qui était emphysémateux en avant. Il n'y a pas de trace de pneumonie. Pas de tubercules. Le cœur, qui a son volume normal, présente sur une des valves de la valvule mitrale, des rugosités facilement appréciables au doigt, lésion qui, pendant la vie, n'avaient pas été reconnues.

OBSERVATION II.

Végétations carcinomateuses remplissant la cavité de la vessie.

(Gazette des Hôpitaux. 1844. M. Cruveilher.)

Le 16 septembre 1843, Lemoine (Constant), boulanger, âgé de 58 ans, entre à la Charité. C'est un homme d'une constitution passable, qui s'est assez bien porté pendant toute sa vie. Il dit seulement avoir eu deux pleurésies, dont il ne lui reste plus rien. A l'âge de 18 ans, il a contracté une blennorrhagie qu'il a conservé pendant un an, sans y rien faire. Elle a guéri seule. Il nous assure n'avoir jamais eu d'autre mal syphilitique.

Trois mois avant son entrée, il commença à uriner du sang; il n'éprouva aucune douleur, ni dans la région lombaire, ni dans l'hypogastre; le sang qu'il rendait était mélangé à l'urine; souvent des caillots s'échappaient : C'est même ainsi, d'après lui, qu'aurait débuté l'hématurie.

Il remarque aussi que l'urine s'arrêtait par moment, que le jet, plein d'abord, cessait tout-à-coup, mais seulement lorsqu'il avait presque fini d'uriner; du reste, les dernières portions du liquide ne tardaient pas à

recommencer à couler. Il dit n'avoir jamais éprouvé de symptômes généraux, ni chaleur, ni fièvre, ni soif, depuis le commencement de sa maladie.

Cependant, bien qu'il ne fut pas réellement malade, il sentait qu'il n'était pas complétement dans son état habituel. Depuis quelques mois, il y a des temps où il ne mange pas comme à l'ordinaire ; pourtant la défécation a lieu, à peu près chaque jour. Depuis une quinzaine, il a pris de la toux, de l'enrouement. Il nous a avoué qu'il avait l'habitude de s'énivrer quelquefois.

Aujourd'hui, 17 septembre, il ne souffre pas plus que depuis le commencement de sa maladie. La main, portée le long de la colonne vertébrale, et principalement dans la région lombaire, ne lui fait éprouver aucune douleur, même avec une forte pression. L'hypogastre ne paraît pas plus sensible ; le périnée est aussi indolent. Depuis quelques jours, il a un peu plus de difficulté à uriner. Il lui faut faire des efforts assez grands, et assez souvent il ne peut parvenir à expulser son urine.

Il assure ne pas sentir de pesanteur dans le bassin. L'urine de cet homme est fortement chargée de sang ; elle est d'une coloration tellement intense, qu'on la prendrait presque pour du sang pur.

Le 20, rien n'est changé, seulement il y a une diminution notable dans la coloration des urines.

Le 28, l'urine a repris ses premiers caractères. On administre des astringents : décoction de ratanhia, pilules d'alun et de ratanhia. On applique deux cautères sur les côtés de la colonne vertébrale, dans la région des reins.

Pendant les mois, d'octobre, novembre, aucune espèce de changement dans l'état du malade.

Vers le mois de janvier, il sort deux jours de l'hôpital, et rentre. On lui administre des préparations de seigle ergoté.

Au commencement du mois de mars, il se plaint d'une douleur assez vive dans l'hypocondre droit. M. Cruveilhier, qui a diagnostiqué la maladie

de la vessie : fongus ou tumeur carcinomateuse de la vessie, pense qu'il s'est développé une tumeur de même nature dans le foie.

Vers le mois d'avril, bien qu'aucun symptôme ne semble prendre d'intensité, la face du malade s'altère, la peau devient d'un jaune pathognomonique de la cachexie cancéreuse. Il urine toutes les heures, et toujours du sang.

Il succombe le lundi matin, 29 avril.

L'autopsie fut faite le mardi, 30, 28 heures après la mort

La vessie renferme une tumeur rouge qui remplit toute sa capacité, et qui est du volume du poing, peut-être un peu plus. Cette tumeur naît de la partie postérieure de l'organe, par une base d'un tissu franchement encéphaloïde.

Les parois de la vessie semblent plus épaisses qu'à l'état normal.

Il existe dans le foie deux tumeurs cancéreuses qui renferment un liquide semblable à la boue splénique.

Les reins présentent quelques traces de la maladie de Bright ; cependant cela est assez mal déterminé. La substance corticale est un peu atrophiée, un peu jaune.

OBSERVATION III. (Chopart).

Un homme âgé de 50 ans, entre à la suite de gonorrhée, de difficulté d'uriner qu'on attribua d'abord à un rétrécissement uréthral ; mais plus tard, on reconnut que le canal était libre. Divers moyens, entre autres, les diurétiques, furent mis en pratique sans succès. Il y avait des douleurs au fondement : l'urine était fétide, et sanguinolente. Il survint une rétention d'urine ; et l'on eut beaucoup de peine à introduire la sonde, qui donna lieu à un écoulement de sang. L'évacuation de la vessie soulagea peu, et les douleurs augmentèrent. On crut alors à des hémorrhoïdes, que l'on combattit par des sangsues à l'anus, mais sans obtenir aucun résultat. La présence de la sonde était pénible. Il se déclara de la fièvre, du ténesme, et des mouvements convulsifs dans les jambes.

On sentait la vessie au-dessus du pubis, mais les hémorrhoïdes ne permettaient pas d'explorer le rectum. Le malade mourut dans le délire, après avoir été pendant trois jours sans uriner.

La tumeur de la région hypogastrique, qui s'élevait jusqu'à l'ombilic était formée par la vessie. Celle-ci contenait des caillots de sang, réunis en une masse du volume de deux poings. Au côté gauche de la base du trigône, était une tumeur carcinomateuse, de la forme et du volume d'une grosse pomme, dure et rénitente à la base, molasse et inégale au sommet, où l'on voyait des fongosités rougeâtres, faciles à déchirer. Plusieurs incisions pratiquées dans cette tumeur montrèrent que la substance en était blanchâtre, et d'une dureté presque tendineuse à la base.

Le col de la vessie, l'uréthre, les urétères, et les reins étaient sains.

OBSERVATION. IV (Desault).

Un homme éprouve subitement une douleur sourde et intermittente à la région pubienne. Cette douleur ne tarde pas à devenir lancinante. On prescrit divers moyens qui ne procurent aucun soulagement. Une tumeur dure, et comme cartilagineuse fait croire à l'existence d'une pierre. Le malade entre à l'Hôtel-Dieu.

Desault, appréciant la douleur fixe et lancinante de la région vesicale et surtout la sortie par l'urèthre de portions charnues, comme pourries, soupçonne un cancer, et renvoie le malade dans son pays. Mais il revient quelques mois plus tard, dans un état plus grave.

L'usage de la sonde, qui avait été conseillé, était devenu presque impossible. Cependant Desault passa un de ces instruments qui soulagea un peu. Le malade périt dans le marasme, au milieu d'affreuses souffrances.

On s'assure, par l'autopsie, qu'une tumeur du volume des deux poings prenait naissance au col de la vessie, qu'elle le distendait, et qu'elle était de nature carcinomateuse.

OBSERVATION V (Civiale).

Un calculeux, âgé de 65 ans, et fortement constitué, souffrait depuis longtemps de la pierre, dont l'existence n'avait cependant pas été bien reconnue, malgré plusieurs explorations faites à ce sujet avec des sondes courbes et droites. On se contenta de prescrire des moyens propres à calmer l'irritation de la vessie, mais dont l'usage prolongé n'amena aucun résultat.

Le malade prit le parti d'entrer à l'hôpital Necker, le 10 décembre 1832. Je m'assurai par le cathétérisme que la vessie contenait une grosse pierre; que d'ailleurs, la prostate était fort volumineuse ; enfin que la poche urinaire et l'urèthre saignaient avec une grande facilité.

Ces premières notions ne me laissaient guère de doute sur l'impossibilité d'appliquer la lithotritie. Un traitement médical, sur l'influence duquel l'irritation déterminée par la présence des calculs se termine presque toujours au moins pour un certain temps, ayant été inutile, il me fallut songer à faire choix d'un procédé opératoire. Le malade se décida à subir la cystotomie. Elle fut faite par l'hypogastre; mais elle présenta quelques difficultés, malgré la dextérité du chirurgien qui la pratiquait le malade mourut le septième jour.

Autopsie. — On trouve une énorme tumeur carcinomateuse, occupant la face postérieure et le côté gauche de la vessie, et formant une saillie qu'on aurait pu sentir par l'hypogastre, si le malade eut eu moins d'embonpoint, et si l'on eut été conduit par le moindre indice à faire des recherches minutieuses de ce côté. La partie de cette tumeur saillante dans la vessie était ramollie, et ulcérée, tandis que celle qui se trouvait confondue avec les parois de l'organe avait une dureté considérable.

OBSERVATION VI (Civiale)

Le 11 mars 1839, se présente à la consultation de l'hôpital Necker, un ancien militaire, Dupont, âgé de 70 ans, qui, depuis plus d'une année, souffrait du côté de la vessie. Toutefois, les douleurs n'avaient pas de

caractère constant. On employa d'abord divers calmants, puis on eut recours à l'eau de Vichy.

Les urines, jusque-là troubles, reprirent une couleur citrine. Mais malgré l'usage des eaux continué pendant six mois, le malade fut si peu satisfait de son état, qu'il prit le parti de se faire admettre à l'hôpital. Il était faible, sans appétit, ni sommeil, avec des besoins d'uriner fréquents, des douleurs vives pour y satisfaire, et du dévoiement. Je me bornai à calmer les douleurs de la vessie, par un traitement médical approprié, ne me dissimulant pas qu'il y avait peu d'espoir à fonder sur une constitution aussi minée. Plusieurs fois, on introduisit la sonde, pour savoir si la vessie se vidait bien. On n'obtint qu'un léger soulagement, qui ne se soutint même pas ; le hoquet survint, et le malade mourut.

On trouva dans le rein gauche trois vastes foyers purulents. L'uretère du même côté était dilaté, et plein de pus ; il présentait deux rétrécissements marqués, l'un à la partie moyenne, l'autre à l'orifice vésical. Les parois de la vessie étaient hypertrophiées. On rencontra dans ce viscère du pus et quelques graviers. A l'orifice interne de l'urèthre, et sur le trigône, du côté gauche, était une tumeur cancéreuse, peu saillante, mais évidée et à bords relevés, d'où s'écoulait un ichor extrêmement fétide. Au côté droit du col visical, on remarquait une autre petite tumeur, arrondie, et pédiculée.

OBSERVATION VII. (Civiale).

Le sujet était un homme de 74 ans, épuisé par de longues souffrances, dont il ne pouvait faire qu'un récit incomplet, mais suffisant pour apprendre que l'état morbide était ancien, et qu'on avait employé beaucoup de moyens divers, sans obtenir aucun résultat. Lorsque le malade vint à l'hôpital, il éprouvait de vives douleurs dans la région des reins, et dans celle de la vessie. L'urine s'écoulait involontairement et d'une manière continue ; elle contenait d'ailleurs des mucosités quelquefois sanguinolentes ; elle était trouble, fétide et légèrement colorée en brun.

L'appétit et le sommeil étaient entièrement perdus, et la faiblesse extrême. Le malade refusait absolument de prendre aliments, boissons, médicaments : Il était anéanti.

Treize jours après son admission, l'irritation de l'urèthre était si considérable, et la faiblesse telle, que je crus devoir me borner à une simple et courte exploration. Celle-ci me fit connaître une déformation du col vésical. Je ne poussai pas plus loin mes recherches, qui évidemment n'auraient eu d'autres résultats que de constater une lésion incurable. D'ailleurs, tout ce qu'on aurait tenté pour établir un diagnostic complet, aurait fait souffrir le malheureux malade sans utilité, et sa vie en eut été peut-être abrégée.

Après sa mort, qui ne se fit pas attendre, on trouva des tubercules dans les poumons, notamment vers le sommet. La rate était molle. Il y avait quelques traces de phlegmasie dans l'estomac et les intestins. Les reins, auxquels adhéraient fortement leur enveloppe, et le tissu cellulaire voisin, qui semblait même induré, étaient ramollis et contenaient une matière purulente et noirâtre qu'on retrouva aussi dans les uretères et la vessie.

C'est principalement vers ce dernier viscère que se porta mon attention. Sa capacité était fort grande, et ses parois étaient hypertrophiées. Près du sommet, on voyait deux petites tumeurs cancéreuses, molles, à surface granulée, d'une teinte jaunâtre. Sur le trigône vésical, existait une autre tumeur, de même nature, très-étendue, mais peu saillante, surtout au milieu de sa surface. Le pourtour formait une sorte de rebord saillant, frangé, festonné, ramolli, jaunâtre en quelques points, et livides en d'autres.

Latéralement, cette tumeur cachait les orifices des uretères d'avant en arrière; elle s'étendait depuis l'orifice interne de l'urèthre où elle formait une saillie considérable, jusque vers le milieu du bas-fond de la vessie. Dans son ensemble, ce viscère offrait les divers degrés de la dégénérescence cancéreuse. Le reste de sa face interne ne présentait rien d'extraordinaire. On y voyait seulement quelques taches livides, des plaques rouges, des colonnes charnues en relief, des plis, et de longues villosités de la membrane muqueuse.

Mais le col vésical offrait des particularités importantes. D'abord une atrophie notable du lobe latéral gauche de la prostate, une dilatation considérable de la partie prostatique de l'urèthre, et une tuméfaction partielle, circonscrite du lobe latéral droit qui faisait une saillie dans le canal, et adhérait au véru montanum. La crête uréthrale, affectant une position particulière, était plus volumineuse que dans l'état normal, et envoyait vers la partie membraneuse, un prolongement en relief.

L'orifice vésical de l'urèthre était entièrement déformé par les tumeurs partielles qui s'élevaient du corps de la prostate, et qui faisaient, en avant, vers la partie prostatique, des saillies inégales, séparées les unes des autres non par des sillons réguliers, que nous avons vu exister dans d'autres cas, mais par des dépressions peu étendues, de profondeur et de direction différentes.

Les tissus sous-jacents n'avaient rien perdu de leur état normal.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

Lacaze-Doré. — *Recherches sur le cancer de la vessie* (Thèse de Paris, 1852).

Lebert. — *Traité pratique des maladies cancéreuses et des affections curables confondues avec le cancer.*

Lebert. — *Anatomie pathologique genérale et spéciale.*

Chopart. — *Traité des maladies des voies urinaires.*

Civiale. — *Traité pratique sur les maladies des organes génito-urinaires.*

— *Traité sur les fongosités de la vessie.*

Philips. — *Traité des maladies des voies urinaires.*

Mémoires de l'Académie de Médecine (T. 27 et 17). Cornil.

Follin. — *Pathologie Chirurgicale.*

Bernadet. — *Du catarrhe de la vessie chez les femmes réglées.* (Thèse de Paris, 1865).

Fano. — *Chirurgie.*

Valleix. — *Guide du médecin praticien.*

Broca. — *Mémoires de l'Académie de Médecine.* (T. 17).

Wirchow. — *Pathologie des Tumeurs.* (T. 3).

Recueil de Chirurgie. (10e vol.)

Rayer. — *Traité des maladies des reins et des altérations de la sécrétion urinaire.* (T. 3).

Voillemier. — *Traité des maladies des voies urinaires.*

Reliquet. — *Traité des opérations des voies urinaires.*

Gazette des Hôpitaux. (1844). (1863). (1860).

Desormeaux. — *De l'endoscope et de ses applications au diagnostic et au traitement des affections de l'urèthre et de la vessie.*

Walter. — *Recherches sur quelques maladies des reins et de la vessie.*

Nauche. — *Des maladies de la vessie et du méat.*

Nicod. — *Traité des polypes et autres carnosités de l'urèthre et de la vessie.*

Mercier. — *Traité des maladies des voies urinaires.*

Bulletin de l'Académie de Médecine. (1865-1866).

QUESTIONS.

Anatomie. — Du crâne et de la face.

Physiologie. — De la contractilité musculaire. Influence du sang et du système nerveux sur la contractilité musculaire.

Physique. — Phénomènes capillaires, endosmoses des liquides et des gaz. Applications physiologiques.

Chimie. — Azote, phosphore, arsenic et antimoine. Leurs caractères distinctifs, leur préparation.

Histoire naturelle. — Caractères distinctifs des rongeurs, du castor et du castoreum, de l'ondatra ou rat musqué du Daman.

Pathologie externe. — De la valeur de la compression digitale dans le traitement des anévrysmes.

Pathologie interne. — Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright.

Pathologie générale. — Des diathèses.

Anatomie pathologique. — Anatomie pathologique de la fièvre typhoïde.

Médecine opératoire. — De l'extraction linéaire de la cataracte comparée aux autres procédés.

Pharmacologie. — Des potions, des juleps, des mixtures, règles à suivre pour leur prescription et leur préparation.

Thérapeutique. — De la révulsion et de la dérivation.

Hygiène. — Des aliments.

Médecine légale. — Quels sont les poisons qui peuvent se développer dans le corps de l'homme pendant sa vie ou après sa mort? se développe-t-il de l'acide cyanhydrique pendant la putréfaction.

Accouchements. — Des signes certains de la grossesse.

Vu bon à imprimer.

Le Président,

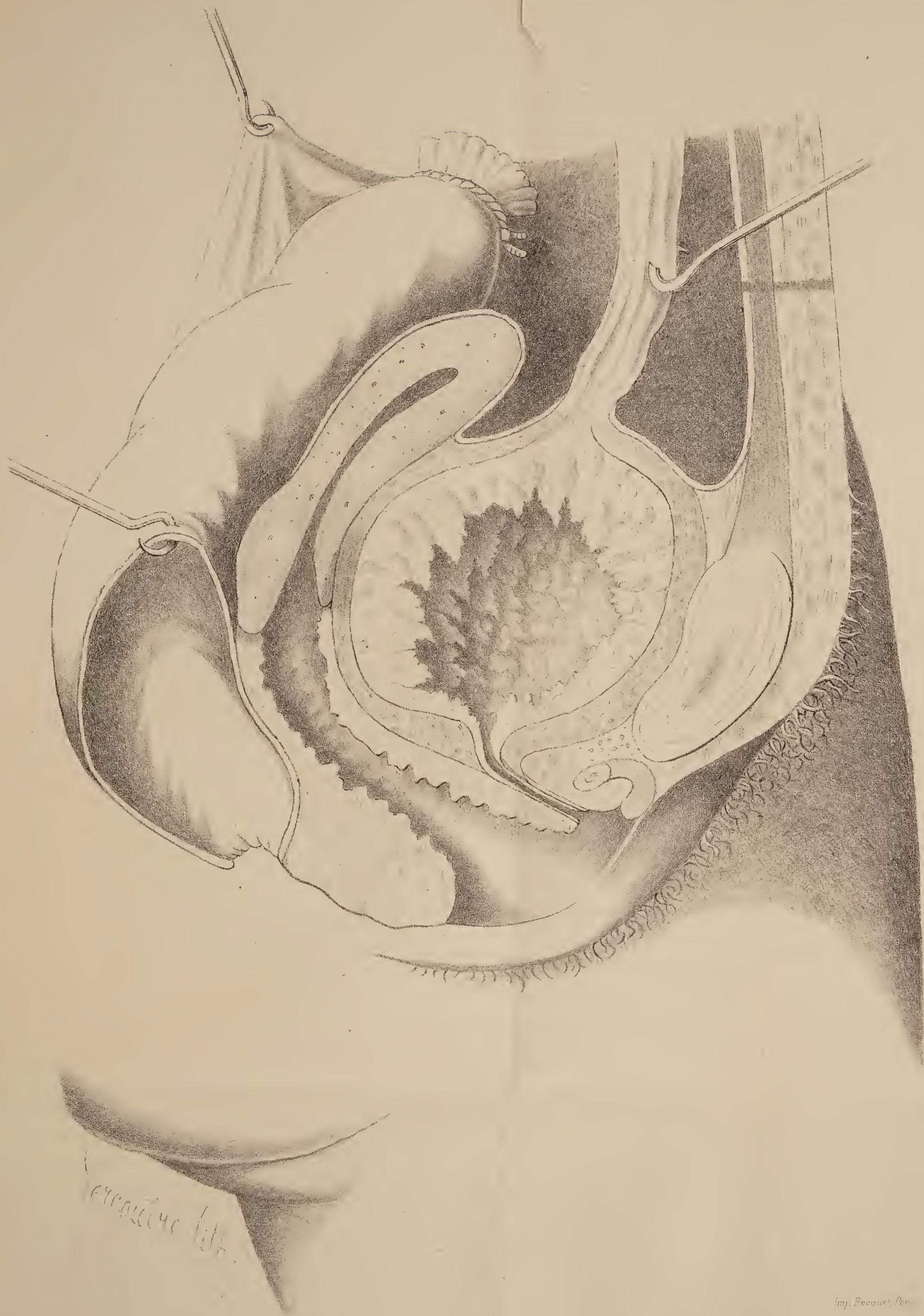
VERNEUIL.

Vu et permis d'imprimer.

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

A. MOURIER.

Mayenne, Imp. et Stér. A. DERENNE.— Maison à Paris, rue St-Séverin. 25.



Imp. Becquet, Par